

天草市 不妊治療費助成事業

【生殖補助医療・先進医療】

天草市では、不妊治療を実施するご夫婦の経済的負担を軽減するため、生殖補助医療(体外受精、顕微授精、男性不妊治療)以外では妊娠が難しいと医師に診断された夫婦を対象に、保険が適用される生殖補助医療および生殖補助医療(保険適用)と併用して実施される先進医療に係る費用の一部を助成します。

1 対象者

次の要件を全て満たす方が対象となります。

- ① 夫婦のいずれか一方が治療期間中から申請日までの間、天草市に住所があること。
- ② 同一治療期間において、他の市町村の助成を受けていないこと。
- ③ 夫婦の属する世帯全員が市税を滞納していないこと。
- ④ 夫婦のいずれか一方が、医師に生殖補助医療以外の方法によっては妊娠の見込みがないか若しくは極めて少ないと診断されていること。
- ⑤ 医療保険が適用される生殖補助医療を実施した夫婦であること。ただし、次のア又はイに掲げるものを除く。
ア 夫婦以外の第三者からの精子、卵子又は胚の提供によるもの。
イ 夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠し、及び出産するもの。

2 助成内容

区分	治療内容	助成額	治療開始日における年齢	助成回数
生殖補助医療 (保険適用)	体外受精または顕微授精	1回の治療につき 10万円(上限) ※1	妻の年齢が 43歳未満	妻の年齢 40歳未満：通算6回 43歳未満：通算3回 ※2
先進医療 (保険適用外)	厚生労働省が告示したもの (※3)であり、先進医療の実 施医療機関として承認され ている医療機関で実施され たもの	1年度あたり 5万円(上限) ※4		申請回数に制限はありませんが、助成対象となる のは生殖補助医療(保険 適用)と併せて実施される 先進医療に限ります

※1 生殖補助医療の助成額については、助成対象者が負担した本人負担額(医療保険各法に基づく本人負担額)とする。また、その他の助成制度を受けた場合にはその助成金の額を控除した額とする。

※2 生殖補助医療の助成回数については、助成を受けた後、出産または妊娠12週以降に死産に至った場合は、これまで受けていた助成回数をリセットできます。

※3 対象となる先進医療は、厚生労働省が告示したものであり、先進医療の実施医療機関として承認されている医療機関で実施されたものに限りします。

※4 先進医療の助成額については、令和8年4月1日以降に実施した先進医療が対象となります。また、生殖補助医療(保険適用)とは別に、先進医療による治療が単独で行われた場合は対象外です。

3 申請に必要な書類

① 天草市生殖補助医療費・先進医療費助成事業申請書

② 生殖補助医療費・先進医療費治療費助成事業受診等証明書

※不妊治療の薬代や提携医療機関分は、領収書(明細書含む)を持参のうえ、主治医に相談ください。

③ 生殖補助医療費・先進医療費に係る領収書の写し

④ 戸籍謄本又は抄本(申請日以前1月以内のもの)

※夫婦のいずれとも天草市に住所があり、かつ、同一世帯の場合は省略することができます

⑤ 天草市不妊治療費助成事業事実婚関係に関する申立書(事実婚の場合)

⑥ 高額療養費(不)支給決定通知書 ※1カ月の医療費が21,000円以上の場合に必要

附加給付金等支給決定通知書 ※各保険組合の附加給付制度に適用する場合に必要

⑦ 申請者の通帳

4 申請期限

1回の治療が終了した月の翌月から1年以内に、天草市こども家庭センターへ申請してください。

(例えば、4月に1回の治療が終了した場合は、翌年の4月末までとなります。)

5 申請書の提出先及び問い合わせ先

天草市こども家庭センター

住 所:天草市浄南町4番15号(天草市複合施設こころす内)

電話番号:0969-22-0404